

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



مدیریت تغذیه در بحران

فعالیت بین بخشی است که سازمانهای ذیربط در مراحل چهارگانه بحران:

پیشگیری - آمادگی - پاسخ دهی و بازتوانی

برنامه ریزی و همکاری داشته باشند به منظور :

تامین انرژی کافی برای عموم مردم و سالم بودن مواد غذایی



اهداف مدیریت تغذیه در بحران

- ارتقاء کیفیت خدمات تغذیه ای
- کنترل شیوع سوءتغذیه (کمبود دریافت انرژی - پروتئین و ریز مغذی)
- جلوگیری از بروز موارد جدید سوءتغذیه به ویژه در گروههای آسیب پذیر
- ارتقاء آگاهی جامعه و کارکنان
- طراحی و اجرای مداخلات مناسب



نیازهای اساسی افراد در شرایط بحران



❖ آب

❖ بهداشت محیط

❖ پناهگاه

❖ مراقبتهای بهداشتی

❖ غذا و تغذیه



امدادهای تغذیه ای

الف) برنامه های تغذیه همگانی **General Food Distribution**

ب) برنامه های تغذیه انتخابی **Selective Feeding Programs**



برنامه های تغذیه همگانی تأمین انرژی

بر اساس گزارش مشترک FAO/WHO در کمیته کارشناسان مشورتی سال 1985 :

میانگین انرژی مورد نیاز در بحرانها : 2100 کیلو کالری

1. مختصات توزیع سنی/جنسی کشورهای در حال توسعه

2. میانگین قد مردان و زنان بالغ (155، 169 سانتی متر)

3. وزن بزرگسالان (BMI) بین 20 تا 22

4. فعالیت فیزیکی متعادل

5. تغذیه با شیر مادر

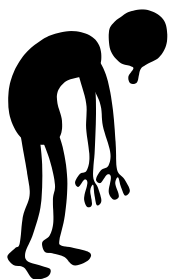


محاسبه انرژی مورد نیاز، بستگی به شرایط زیر دارد

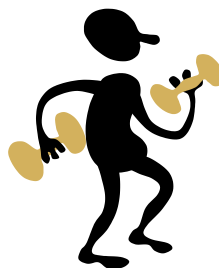
○ دمای محیط



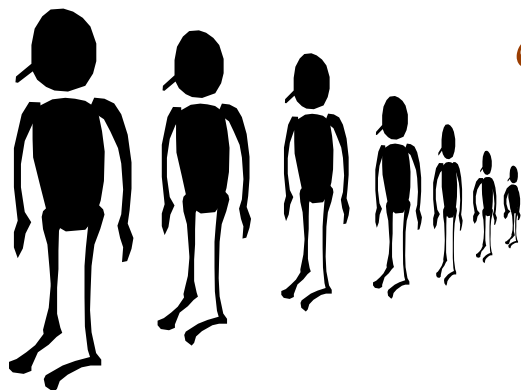
○ وضعیت بهداشت و تغذیه جمعیت



○ فعالیت فیزیکی



○ توزیع دموگرافی جمعیت



دمای مینا = 20°C

کالری (کیلو کالری)	دما (سانتی گراد)
2100	20
+100	15
+200	10
+300	5
+400	0



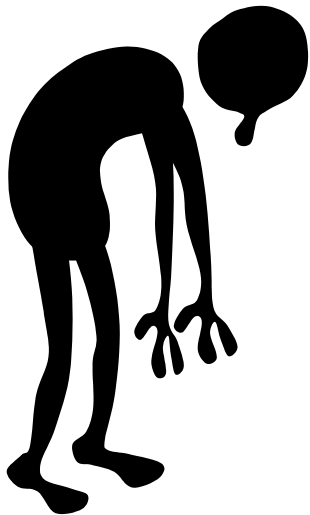
وضعیت بهداشت و تغذیه جمعیت

افزایش نیاز به انرژی در:

جوامع با کمبود مواد غذایی یا شیوع سوءتغذیه بالا .

2100 کیلوکالری برای کودکانی که از قبل سوء تغذیه داشته اند و برای نوجوانان و بزرگسالان کافی نمی باشد

100-200 کیلو کالری به مقدار کالری پایه اضافه نمود.



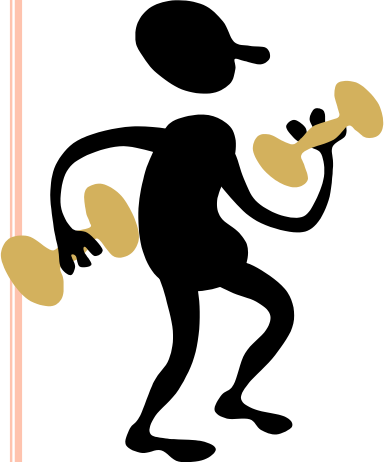
توزیع جمعیتی

○ با توزیع نرمال جمعیت 2100 کیلو کالری مورد نیاز است

○ نیاز گروه سنی 10-19 سال پسر به انرژی 2300-2700 است

در یک اردوگاه 80% جمعیت پسران نوجوان زندگی می کنند
باید 300+ کیلوکالری به انرژی پایه مورد نیاز جمعیت اضافه گردد
(2400 کیلوکالری)





فعالیت فیزیکی

2100 کیلو کالری انرژی مورد نیاز
برای حفظ سلامت و تغذیه افراد سالم با تحرک معمول

→ فعالیت متوسط + 100 kcal

→ فعالیت متوسط تا شدید + 150 kcal

→ فعالیت شدید + 250 kcal



پروتئین



میانگین مورد نیاز :

50-46 گرم یا 10-12 % از کل انرژی

○ غلات 12- 8 درصد

○ پروتئین حبوبات بیش از 2 برابر غلات

○ پروتئین های منشأ حیوانی

• (شیر- تخم مرغ – گوشت- پنیر- ماهی و.....)

○ ترکیب غذاهای گیاهی برای مثال غلات با حبوبات

• یا افزودن مقداری پروتئین حیوانی به منابع گیاهی

چربی

○ جزء مهمی از غذای جیره است
به ویژه برای کودکان در زمان احیا از سوء تغذیه بسیار مهم است

در شرایط مطلوب حدود 20% یا حداقل 15-17% و
حداکثر 30%

در کودکان 30-40%
در زنان باردار و شیرده حداقل 20%



ویژگیهای سبد غذایی در مرحله اول بحران

- تامین حداقل 2100 کیلو کالری و 50 گرم پروتئین
- حاوی حد اقل 3-4 نوع از اقلام غذایی
- آب آشامیدنی سالم
- تامین ریزمغذیها
- توزیع قرص مولتی ویتامین برای کلیه افراد (5 عدد در هفته)
- توزیع کپسول مگادوز ویتامین آ
- غذای کمکی برای کودکان زیر 2 سال (هر دو روز یک بسته)

ویژگیهای سبد غذایی در مرحله دوم بحران

○ تامین 2500 کالری و 50 گرم پروتئین

○ آب آشامیدنی سالم

○ تامین برخی از ریزمغذیها با رعایت تنوع در سبد غذایی

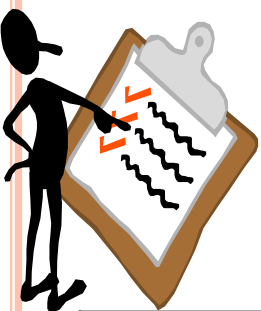
○ ادامه توزیع قرص مولتی ویتامین برای کلیه افراد (5 عدد در هفته)

○ غذای کمکی برای کودکان زیر 5 سال (هر دو روز یک بسته)



ویژگیهای سبذغذایی در مرحله سوم بحران

- تامین 2500 کیلوکالری و 50 گرم پروتئین
- آب آشامیدنی سالم
- توزیع میوه های تازه و لبنیات در صورت امکان
- غذای کمکی برای کودکان زیر 2 سال
- ادامه توزیع مولتی ویتامین
- (کودکان زیر 5 سال و زنان باردار و شیرده)**
- برقراری امکان پخت غذا از طریق توزیع یک سری ظروف اساسی



سبد غذایی یک نفره در مراحل اول بحران

پروتئین (گرم)	انرژی (کیلوکالری)	مقیاس	اقلام غذایی
40	1200	450 گرم	نان
38	460	1 قوطی 280 گرمی	کنسرو لوبیا/عدسی
2	260	100 گرم	خرما
4	231	50 گرم	بیسکویت
84	2151	-	جمع

سبد غذایی روزانه و هفتگی برای 2 نفر

سبد غذایی 2 نفر برای یک هفته		سبد غذایی 2 نفره برای یک روز	
مقیاس	اقلام	مقیاس	اقلام
7 کیلوگرم	نان	1 کیلوگرم	نان
7 قوطی (280 گرمی)	کنسرو لوبیا با قارچ	1 قوطی (280 گرمی)	کنسرو لوبیا با قارچ
7 قوطی (180 گرمی)	تن ماهی	1 قوطی (180 گرمی)	تن ماهی
5/1 کیلوگرم	خرما	200 گرم	خرما
14 بسته 50 گرمی	بیسکویت	2 بسته 50 گرمی	بیسکویت

سبد غذایی روزانه و هفتگی برای 3 نفر

سبد غذایی 3 نفره برای یک هفته		سبد غذایی 3 نفره برای یک روز	
مقیاس	اقلام	مقیاس	اقلام
10.5 کیلوگرم	نان	1.5 کیلوگرم	نان
2 کیلوگرم	خرما	300 گرم	خرما
21 بسته 50 گرمی	بیسکویت	3 بسته 50 گرمی	بیسکویت
14 قوطی (280 گرمی)	کنسرو لوبیا/عدسی	2 قوطی (280 گرمی)	کنسرو لوبیا/عدسی
14 قوطی (280 گرمی)	خوراک مرغ	2 قوطی (280 گرمی)	خوراک مرغ

معیارهای پذیرش برنامه تغذیه انتخابی

• سن کمتر از 59 ماه

• اگر سن نامعلوم باشد قد کمتر از 110 سانتی متر

• کودکان بزرگتر از 5 سال با سوءتغذیه متوسط یا شدید

• مادران شیرده (تغذیه کودکان زیر 6 ماه از شیر مادر)

• انتخاب برخی مادران باردار



ادامه

1- برنامه تغذیه تکمیلی همه جانبه

Blanket Supplementary Feeding

- ✓ میزان سوتغذیه لاغری (وزن برای قد) بیشتر از 15%
- ✓ 10% میزان سوتغذیه لاغری همراه با عوامل تشدید کننده

2- برنامه تغذیه تکمیلی هدف مند

Targeted Supplementary Feeding Program me

- ✓ میزان سوتغذیه بیشتر از 10 درصد
- 5 درصد همراه با سایر عوامل تشدید کننده سوتغذیه یا بیماری عفونی اپیدمیک

انواع برنامه های تغذیه تکمیلی

(1) تغذیه تکمیلی آماده

صرف غذای آماده در 4 – 1 وعده غذایی در یک مکان
(500 – 700 کیلوکالری انرژی و 25 – 15 گرم پروتئین)

(2) تغذیه تکمیلی خشک

توزیع جیره های خشک (به طور هفتگی) برای مبتلایان به سوتغذیه
(1000-1200 کیلوکالری)

برنامه تغذیه درمانی

هدف:

کاهش میزان مرگ و میر نوزادان و کودکان مبتلا به سوءتغذیه شدید

امکانات:

وجود پرسنل ماهر

مسکونی بودن واحد

پذیرش 50 کودک

ارائه حداقل 8 – 6 وعده غذایی (یکی از آنها در نیمه شب)

وجود مراقب برای هر کودک و در صورت امکان حضور مادر

تغذیه درمانی

معیارهای پذیرش

- وزن برای قد پایین تر از 3 انحراف معیار از میانگین یا کمتر از 70% میانگین استاندارد (ماراسموس)
- ادم در مبتلایان به کواشیورکور یا ماراسموس – کواشیورکور

اقدامات

- آنتی بیوتیک درمانی با طیف وسیع
- رهیدراتاسیون دهانی (یا بینی)
- واکسیناسیون علیه سرخک
- تجویز دزهای نرمالی از ویتامین A



ادامه

○ رژیم بازتوانی : غذای غنی از انرژی در فواصل زمانی متعدد (روزانه تامین کننده 200 – 150 کیلو کالری انرژی و 3 – 2 گرم پروتئین در هر کیلوگرم وزن کودک)

○ مراقبت پزشکی: همراه با غذا دادن هر سه ساعت یکبار



تامین آب



نیازهای حیاتی	مقدار	بسته به
آشامیدن و غذا	2/5 تا 3 لیتر در روز	آب، هوا و شرایط فیزیولوژی فرد
فعالیت عمده بهداشتی	2 تا 6 لیتر در روز	هنجارهای اجتماعی و فرهنگی
پخت و پز	3 تا 6 لیتر در روز	به نوع غذا، هنجاری های اجتماعی و فرهنگی
نیازهای اولیه به آب در جمع	7/5 تا 15 لیتر در روز	-----

آب

برای جلوگیری از دهیدرتاسیون به طور متوسط حداقل نیاز روزانه افراد به آب سالم:

- در یک ماهگی 400 میلی لیتر (تامین با شیر مادر)
- در 4 ماهگی 600 میلی لیتر (تامین با شیر مادر)
- در 12 ماهگی 800 میلی لیتر
- در 3 سالگی 1000 میلی لیتر
- نوجوانان و بزرگسالان 1 تا $1/5$ لیتر
- سالمندان بیشتر از نیاز بزرگسالان

آب مورد نیاز موسسات

فرد	مقدار	مرکز
بیمار سرپایی	5 لیتر	مراکز بهداشتی و بیمارستان
بیمار بستری در هر روز	40-60 لیتر	
هر بیمار در روز	30 لیتر	مراکز تغذیه درمانی
هر مراقب در روز	15 لیتر	
آشامیدن و شستن دستهای هر دانش آموز در روز	3 لیتر	مدارس

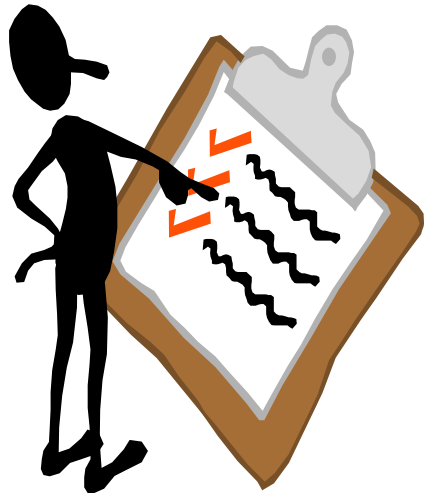
تهیه غذا

در یک شرایط اضطراری بسته به:

○ نوع و شدت حادثه تا 1 هفته

○ نیاز های غذایی افراد آسیب دیده صرفا از طریق غذا های آماده به مصرف بر پایه غلات و حبوبات در مقیاس گسترده با قابلیت نگهداری ، حمل و خصوصیات تغذیه ای مناسب تر تامین گردد .





انواع غذاها برای توزیع

در جیره های غذایی، متداول ترین مواد :

غلات، حبوبات، روغن های خوراکی

سایر مواد : نمک طعام، چای، ادویه



شرح وظایف پیشنهادی سازمان های مرتبط با تغذیه در بلایا

مسئولیت	سازمان / اداره
<p>امدادهای تغذیه ای:</p> <p>الف) برنامه های تغذیه همگانی General Food Distribution</p> <p>ب) برنامه های تغذیه انتخابی Selective Feeding Programs</p>	جمعیت هلال احمر
تامین و توزیع غذا	کمیته امداد امام خمینی(ره)
تامین و توزیع غذا	سازمان بهزیستی
سیاست گذاری و ارائه خدمات بهداشتی - تغذیه ای ، نظارت و ارزیابی	وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی
نظارت و هماهنگی و تامین برخی از منابع	وزارت کشور(سازمان مدیریت بحران)
سیاست گذاری و برنامه ریزی جهت تامین اقلام غذایی پیشنهاد شده در سبد غذایی مطلوب در بلایا	وزارت جهاد کشاورزی
تامین برخی از اقلام غذایی پیشنهاد شده در سبد غذایی مطلوب در بحران	وزارت صنعت معدن تجارت

امداد رسانی در ایران

○ تقسیم کلیه دانشگاه‌های علوم پزشکی کشور به 9 قطب

○ کلیه قطب‌ها زیر نظر مرکز مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی

(EMC :Emergency Management Center)

○ هدایت نمودن هر قطب بر اساس فرماندهی مرکز عملیاتی بحران **EOC :Emergency Operations Center**

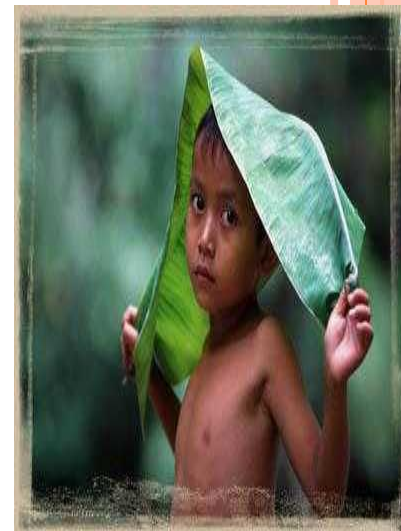


گروه‌های آسیب پذیر تغذیه ای در بحرانها

- ▶ آسیب پذیری فیزیولوژیکی (نوزادان؛ کودکان؛ کودکان سنین مدرسه و نوجوانان؛ زنان باردار و شیرده؛ سالمندان و معلولین)
- ▶ آسیب پذیری جغرافیایی (افرادی که در مناطق دچار خشکسالی ؛ مستعد سیل یا جنگ زندگی می کنند)
- ▶ آوارگان و پناهندگان (فقر؛ ناامنی اقتصادی؛ ناامنی غذایی و...)



دلایل آسیب پذیری فیزیولوژیکی



○ **نوزادان و کودکان:** رشد سریع و نیاز تغذیه ای نسبتاً بالا؛ استعداد ویژه به سوء تغذیه

○ **نوجوانان:** به ویژه دختران به دلیل جهش رشد دوران بلوغ

○ **زنان باردار و شیرده:** به دلیل رشد سریع جنین؛ شیردادن و افزایش نیازهای تغذیه ای در این دوران

○ **سالمندان و معلولین:** تامین نشدن نیازهای تغذیه ای آنان توسط جیره غذایی؛ کاهش اشتها؛ مشکلات بلع و..



کودکان در معرض خطر مرگ

○ شیرخواران سوء تغذیه ای

○ کودکان کم وزن بیمار

○ کودکان مبتلا به کم خونی و کمبود سایر ریز مغذی ها

○ توجه: در هنگام بحران مرگ و میر کودکان 2-70 برابر افزایش می یابد.



شناسایی مادران باردار در معرض خطر سوء تغذیه

✓ کم بودن وزن مادر قبل از حاملگی

✓ کوتاهی قد مادر کمتر از $\hat{C}D$ سانتی متر

✓ سابقه تولد نوزاد کم وزن

✓ کم بودن میزان افزایش وزن مادر در دوران بارداری

✓ ابتلا مادر به بیماری های مزمن بیماری های قلبی، کلیوی، دیابت و

فشارخون یا بیماری های واگیر مalaria و سل و $\hat{A}B$

✓ محروم بودن مادر از خدمات و مراقبت های دوران بارداری



تأثير بحران هادر دوران بارداری

سوء تغذیه جنین و تولد نوزاد با وزن 2500 گرم یا کمتر

توصیه ها

○ استفاده از تغذیه تکمیلی در صورت ناکافی بودن جیره غذایی

○ تامین برخی از ریز مغذیهای به صورت مکمل (آهن و اسید فولیک)

○ تامین **آ** انرژی موردنیاز از پروتئین و **د** **آ**

آ **آ** انرژی موردنیاز از چربی - تامین **آ** ریز مغذی های

ضروری



تغذیه مادران شیرده

✓ توجه به افزایش نیاز مادر شیرده به کالری

(حدود DCC کیلوکالری بیش از دوران قبل از بارداری)

✓ کاهش تولید شیر به دلیل دریافت ناکافی کالری از

غذاها

✓ تامین آب مورد نیازشان به اندازه کافی (حدود $D-C\hat{C}$ لیوان در

روز) جهت پیشگیری از کم آبی

توصیه :

● جیره خشک با 1200-1000 کیلو کالری در روز برای مادران شیرده در صورت عدم مکان مناسب برای تغذیه تکمیلی

● ارائه غذای مکمل در 6 ماهه اول شیردهی و در صورت امکان تا پایان شیردهی برای مادران شیرده

● تامین آب آشامیدنی سالم برای مادران شیرده در خشکسالی های شدید؛ آلودگی آبها هنگام وقوع سیل؛ اسهال شدید؛ ایستادن طولانی مدت مادران در زیر نور خورشید

تامین املاح

- کلسیم، فسفر، آهن و روی بدون دخالت محتوای تغذیه ای مادر، از ذخایر بدن او در شیر وارد می شوند.
- ید در شیرمادر ارتباط مستقیمی با تغذیه او دارند.

توصیه : مادران در دوران شیردهی و دوران بارداری از نمک یددار تصفیه شده به مقدار کافی و با شرایط نگهداری مناسب نمک استفاده کنند

مزایای تغذیه با شیرمادر در بحران

○ امنیت غذایی بدون ارتباط به موجودی غذا و ذخیره غذایی

○ ارتقاء روابط عاطفی مادر و کودک

○ احساس رفاه در مادر و شیرخوار

○ کاهش مشکلات مراقبتی برای پرسنل بهداشتی

○ فاصله گذاری تولد و حفاظت در برابر سر



تغذیه نوزادان

- تغذیه با شیر مادر (حتی مادر مبتلا به سوء تغذیه)
- توانایی شیردهی توسط مادران مبتلا به سوء تغذیه شدید
- علیرغم کاهش مقدار شیر مادر و چربی و ریزمغذی های
موجود در آن

- حمایت از مادران و تشویق آنان در امر شیردهی



موارد استفاده از جانشین های شیر مادر

- ✓ فوت مادر یا عدم حضور او
- ✓ بیماری شدید مادر
- ✓ عفونت HIV در مادران شیرده
- ✓ تمایل نداشتن مادر به شیردهی به طور موقت





تغذیه کودکان 24-6 ماه

- تداوم تغذیه با شیر مادر تا دو سالگی
- شروع غذای کمکی از پایان شش ماهگی
- توزیع مواد غذایی مناسب
- تامین 12% انرژی موردنیاز از پروتئین
- تامین 30-40% انرژی موردنیاز از چربی





کودکان خردسال

✓ افزایش نیاز به منابع غنی از پروتئین و انرژی

✓ آسیب پذیری نسبت به عفونت و سوء تغذیه

✓ برای برآورده شدن نیاز آنها توصیه به مخلوطی از شیرهای خشک غنی شده همراه با غلات، شکر، روغن



آماده سازي غذاي سالم براي خرد سالان

- ✓ فراهم نمودن آب آشاميدني سالم
- ✓ پختن غذا به طور كامل
- ✓ خودداري از نگهداري غذاهاي پخته براي طولاني مدت
- ✓ جلوگیری از تماس غذاهاي خام و پخته
- ✓ شستن ميوه و سبزي با آب سالم
- ✓ پوست گيري ميوه ها قبل از مصرف
- ✓ پختن ميوه وسبزيهايي كه با آب هاي فاضلابي آبياري ياخاك با كود انساني حاصلخيز شده



تغذیه سالمندان

تأمین نیازهای تغذیه ای آنان ^{لله}تأمین پروتئین و ریز مغذی های مورد نیاز □

دسترسی آسان به منابع غذایی ^{لله}کمک های غذایی □

تهیه و مصرف آسان غذا

تأمین آب مورد نیاز برای جلوگیری از دهیدراتاسیون

& شناسایی سالمندان تنها؛ سرپرست خانوار

& خارج نمودن سالمندان از گوشه گیری و انزوا

& استفاده از تجارب سالمندان در مراقبت از مادران و کودکان



معلولین

❖ برقراری تسهیلات خاص برای افراد با ناهنجاری حسی و جسمانی

❖ توجه به برطرف نمودن کمبود ویتامین D

❖ توجه به تغذیه تکمیلی خاص و تغذیه درمانی



سوء تغذیه پروتئین- انرژی

سوء تغذیه پروتئین انرژی در اثر عدم تامین نیاز بدن به پروتئین و انرژی ایجاد می شود و با کمبود برخی از ریز مغذی ها هم همراه است.



انواع سوء تغذیه پروتئین - انرژی

■ ماراسموس

ماراسموس شایع ترین شکل سوء تغذیه پروتئین-

انرژی در شرایط کمبود غذا

■ کواشیورکور

■ ماراسموس – کواشیورکور



ماراسموس

علت :

□ محرومیت غذایی طولانی مدت

□ عمد تا " ناشی از کمبود انرژی

علامت اصلی:

□ لاغری شدید

□ تحلیل چربی و عضله

□ از بین رفتن توده چربی و عضلانی

□ ابتلاء کودکان 4- 1 ساله

علائم بیماری:

□ لاغری شدید (وزن برای قد 60% کمتر از استاندارد)

□ صورت مرد مسن

□ پوست شل

□ ظاهری شاد و هوشیار علی رغم بیماری

□ دنده ها خیلی برجسته

□ ادم وجود ندارد.



کواشیورکور

علائم بیماری:

- شروع ادم از پاها، در موارد پیشرفته به دست و صورت نیز می رسد و **ظاهری چاق** در کودکان مبتلا به کواشیورکور
- **تغییرات مو:** از بین رفتن رنگدانه ه و صاف شدن اموهای فر و به راحتی قابل کندن
- **ضایعات پوستی:** کنده شدن لایه خارجی پوست (به ویژه روی ران ها) و زخم شدن و ایجاد ضایعه ای شبیه سوختگی

سوء تغذیه پروتئین – انرژی در بزرگسالان

- تظاهرات بالینی شبیه خردسالان اما علایم پوست و مو کمتر
- ویژگی اصلی آن لاغری همراه یا بدون ادم است که در موارد شدید ممکن است در کل بدن یا در پاها و ران باشد.

تعیین وضعیت فردی بر اساس نمایه توده بدنی

وضعیت تغذیه ای	BMI
لاغری شدید	<16
لاغری متوسط	16-17
لاغری خفیف	17-5/18



درمان

درمان هرچه زودتر در مراکز درمانی به منظور جلوگیری از مرگ مبتلایان

سوء تغذیه حاد و شدید به اندازه یک وضعیت اضطراری

پزشکی مانند حمله قلبی اهمیت دارد. حتی با حداکثر مراقبت

نیز میزان مرگ و میر 30-20 درصد یا بیشتر است.



ارزیابی وضعیت حادثه دیده گان

هدف: ارزیابی وضعیت تغذیه در جمعیت

الف) بررسی سریع اولیه

ب) غربالگری



گروه هدف در ارزیابی

کودکان زیر 5 سال

(59 / 6 ماهه) یا (65 to 110 cm)

دلایل:

حساس در زمینه فشارها و عدم تعادل تغذیه ای

شاخص ها:

○ آنتروپومتریک (وزن، قد و دور بازو)

○ مشاهدات بالینی

انتخاب شاخص مناسب در ارزیابی ها

○ اندازه گیری دور بازو اندازه مناسب برای غربالگری سریع و تعیین نیاز برای ارزیابی جامع بعدی است.

○ اما در بررسی‌های تعیین شیوع سوء تغذیه، نمایه وزن برای قد کاربرد دارد.



تفسیر اندازه دور بازو

○ کودکان 59-6 ماهه

○ کمتر از 135 میلی‌متر: در معرض خطر

○ کمتر از 125 میلی‌متر: سوء تغذیه

○ بین 110-124 میلی‌متر: سوء تغذیه متوسط

○ کمتر از 110 میلی‌متر: سوء تغذیه شدید



کم وزنی (UNDERWEIGHT)

کم وزنی باز تاب سوء تغذیه حاد یا مزمن یا هردو
کم وزنی شاخص مناسب درپایش رشد کودکان

شاخص **نامناسب** در بررسی های تغذیه ای

دلایل :

نادیده گرفتن قد

نیاز به دانستن سن دقیق



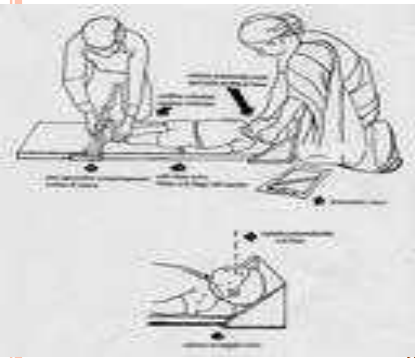
کوتاه قدی (STUNTING)

کوتاه قدی تغذیه ای باز تاب غفلت گذشته
کوتاه قدی معرف سوء تغذیه مزمن

شاخص نامناسب در بررسی های تغذیه ای
دلایل :

تغییرات اسکلتی در قد ناشی از سوء تغذیه بسیار کندتر از تغییرات وزن
نیاز به دانستن سن دقیق

WASTING (لاغري) (وزن برای قد)



پدیده ای حاد و حاصل بیماری یا بحرانی در گذشته نزدیک
بیانگر وضع تغذیه کودک در زمان حال

لاغری مهمترین شاخص تعیین کننده وضع تغذیه در بحرانیها

دلایل :

در کودکان زیر 5 سال نسبت وزن برای قد تقریباً ثابت است
(بدون تاثیر جنس، نژاد و با یک ضریب ثابت با افزایش سن افزایش
می یابد)

وزن در مقابل دریافت مواد غذایی حساس و تغییر پذیر
وزن به قد تقریباً مستقل از سن کودک عمل می کند

طبقه بندی شدت سوءتغذیه در جمعیت حادثه دیده

شیوع در کودکان زیر 5 سال 2SD-کمتر از	شیوع در بالغین بالای 19 سال کمتر از BMI 18.5	شدت سوءتغذیه
کمتر از 5 درصد	5 تا 9 درصد	قابل قبول
5 تا 9 درصد	10 تا 19 درصد	در معرض خطر
10 تا 14 درصد	20 تا 39 درصد	شدید
15 درصد یا بیشتر	40 درصد یا بیشتر	بحرانی

به امید آن روزی که در برابر
همه بلاها مدیریت همه جانبه داشته باشیم .



ISNA

ISNA/PHOTO: HASAN GHAREEB

